

**Institute of Musculoskeletal Health and Arthritis/  
Institut de L'appareil Locomoteur et de L'arthrite**

**RESEARCH DEVELOPMENT AND TRANSLATION INITIATIVES /  
INITIATIVES DE DÉVELOPPEMENT ET D'APPLICATION DE LA RECHERCHE**

**Request for Support of Workshops/Conferences and Other Activities Associated with  
Research Development and Translation / Demande de financement pour ateliers/conférences  
et autres activités liées au développement et à l'application de la recherche**

Please Refer To Guidelines / Veuillez vous référer aux lignes directrices

Title of proposed workshop/conference / Titre de la conférence/de l'atelier proposé	
Location of proposed workshop / Lieu de l'atelier proposé	
Date of proposed workshop / Date de l'atelier proposé	
Amount Requested / Montant demandé	
Check the applicable box / Cochez la case appropriée	
<input type="checkbox"/> Tier 1 (up to \$5K Cdn) / Niveau 1 (jusqu'à 5 000 \$CAN) <input type="checkbox"/> Tier 2 (up to \$25K Cdn) / Niveau 2 (jusqu'à 25 000 \$CAN)	
Check the most applicable Strategic Research Priority(ies) / Cochez la ou les priorités de recherche stratégiques les plus appropriées :	
<input type="checkbox"/> Theme 1 : Physical Activity, Mobility and Health / Thème 1 : activité physique, mobilité et santé <input type="checkbox"/> Theme 2 : Tissue Injury, Repair and Replacement / Thème 2 : lésions, réparation et remplacement tissulaires <input type="checkbox"/> Theme 3 : Pain, Disability and Chronic Disease / Thème 3 : douleur, incapacité et maladies chroniques	
Check the most applicable Foci Area(s) / Cochez le ou les domaines d'intérêt les plus appropriés :	
<input type="checkbox"/> Arthritis / arthrite <input type="checkbox"/> Bone / os <input type="checkbox"/> Skeletal Muscle / muscles squelettiques <input type="checkbox"/> MSK Rehabilitation / réadaptation <input type="checkbox"/> Skin / peau <input type="checkbox"/> Oral Health / santé buccodentaire	
Principle Applicant(s) / Candidats principaux	Telephone No. / N° de téléphone
	Fax No. / N° de télécopieur
	E-mail address / Adresse de courriel
	Correspondence preferred in / Langue de correspondance
<input type="checkbox"/> English / Anglais <input type="checkbox"/> French / Français	
Signature	Date
Is IMHA the only CIHR institute to which your organization is applying for support for the proposed workshop? If no, indicate which other ones./ Est-ce que l'IALA est le seul institut des IRSC auprès duquel votre organisme présente une demande de financement	

pour l'atelier proposé? Sinon, indiquez les autres.

- |   |                                      |   |  |
|---|--------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> IMHA only / IALA seulement | <input type="checkbox"/> IAPH / ISA  | <input type="checkbox"/> IGH / ISFH     | <input type="checkbox"/> IA / IV       |
|   | <input type="checkbox"/> ICR / IC    | <input type="checkbox"/> IHSPR / ISPS   | <input type="checkbox"/> INMHA / INSMT |
|   | <input type="checkbox"/> ICRH / ISCR | <input type="checkbox"/> IHDCYH / IDSEA | <input type="checkbox"/> INMD / INMD   |
|   | <input type="checkbox"/> IG / IG     | <input type="checkbox"/> III / IMII     | <input type="checkbox"/> IPPH / ISPP   |

#### Partners / Partenaires

List partners and indicate their contribution to the organization of the proposed workshop / Énumérez les partenaires et indiquez leur contribution à l'organisation de l'atelier proposé.

This grant, if awarded, should be paid through: (specify name and address of institution or organization) /  
Si la subvention est accordée, elle devra être versée à : (indiquez le nom et l'adresse de l'établissement ou de l'organisme).

Refer to Guidelines for details regarding completion of the following points and required supporting documentation for the level of funding requested, including specific conditions of funding / Veuillez vous référer aux lignes directrices concernant les éléments ci-dessous et les documents à l'appui nécessaires pour le montant demandé, notamment les conditions spécifiques de financement.

#### **Description of the Proposed Workshop/Conference / Description de la conférence/de l'atelier proposé**

1. Title of the proposed workshop/conference. Identify key topics and provide a list of key words /  
Titre de la conférence/de l'atelier proposé. Définir les principaux sujets et fournir une liste de mots-clés.
2. Justify the need for the proposed workshop/conference in terms of specific relevance to and alignment with IMHA's Strategic Research Priorities and to musculoskeletal health and arthritis research in Canada in general /  
Justifier le besoin de tenir la conférence/l'atelier proposé par rapport à sa pertinence quant à son respect des priorités de recherche stratégiques de l'IALA et à la recherche sur l'arthrite et la santé de l'appareil locomoteur au Canada en général.
3. Describe the objective(s) of the proposed workshop/conference and their anticipated impact. /  
Décrire les objectifs de la conférence/de l'atelier proposé et les répercussions attendues.
4. Provide a summary work plan, including the organizational and administrative arrangements and schedule /  
Fournir un plan de travail sommaire, qui comprend les dispositions d'ordre organisationnel et administratif et l'échéancier.
5. Describe the specific question(s) or problem(s) to be addressed and identify the anticipated outcome(s) of the workshop /  
Décrire les questions ou les problèmes qui seront étudiés et énumérer les résultats attendus de l'atelier.
6. Describe plans to disseminate and translate the outcomes /  
Décrire les plans de diffusion et de mise en application des résultats.
7. Attendees / Participants

- a) How many people are expected to attend the proposed workshop/conference? Specify the number of Canadians and foreign participants. Provide list of invited participants, if possible /  
Combien de personnes assisteront à la conférence/à l'atelier proposé? Indiquer le nombre de participants canadiens et étrangers. Si possible, fournir une liste préliminaire des participants invités.
  - b) Provide rationale for workshop participants, including invited international participants and potential partners. Indicate sectors represented /  
Expliquer pourquoi les participants ont été choisis, y compris les participants internationaux invités et les partenaires possibles. Indiquer les secteurs qu'ils représentent.
8. Provide a detailed program or agenda for the workshop/conference. /  
Présenter le programme ou l'ordre du jour détaillé de la conférence/de l'atelier.
  9. If applying for one or more Student / Post-Doctoral Fellow Awards of Research Excellence, as described in Tier 1, refer to Guidelines for minimum proposal requirements and required attachments. /  
Si vous présentez une demande pour une ou plusieurs bourses d'excellence en recherche pour boursiers postdoctoraux/étudiants de niveau 1, veuillez vous référer aux lignes directrices pour savoir quelles sont les exigences minimales et les pièces jointes requises
  10. On a separate page, provide a detailed budget for the proposed workshop/conference, using the following categories. Clearly indicate the contribution requested from the Institute of Musculoskeletal Health and Arthritis and from other CIHR Institutes, if applicable. /  
Fournir, sur une page séparée, la ventilation complète des prévisions budgétaires de la conférence/de l'atelier à l'aide des catégories suivantes. Indiquer clairement le montant demandé à l'Institut de l'appareil locomoteur et de l'arthrite et aux autres instituts des IRSC, le cas échéant.

#### **EXPENDITURES / DÉPENSES**

- a) Travel expenses / Frais de déplacement
- b) Accommodation (specify number of rooms needed) / Hébergement (indiquez le nombre de chambres nécessaires)
- c) Meeting rooms and associated meeting costs / Coûts des salles de réunion et coûts connexes
- d) Administrative Support of the Meeting / Soutien administratif de la réunion
- e) Publication, translation and dissemination of outcomes / Publication, traduction et diffusion des résultats
- f) Other costs (specify) / Autres coûts (préciser)
- g) Total expenditures / Total des dépenses

#### **REVENUES / REVENUS**

- a) Registration Fee / Frais d'inscription
- b) List the name(s) of supporting organizations and or companies\* and specify funds requested and/or received. Attach any letters of support from partners of any type confirming their involvement and support of the planned activities /  
Inscrire le nom des organismes ou des entreprises commanditaires\*, en indiquant les montants demandés ou reçus. Joindre les lettres d'appui de tout partenaire qui confirme son engagement et son appui aux activités prévues.
- c) Total revenues / Total des revenus

**IF THIS APPLICATION IS FUNDED, THE CIHR AND THE INSTITUTE OF MUSCULOSKELETAL HEALTH AND ARTHRITIS MUST BE ACKNOWLEDGED IN THE PROGRAM AND PROCEEDINGS OF THE EVENT /  
SI LA DEMANDE EST ACCEPTÉE, L'APPUI DES IRSC ET DE L'INSTITUT DE L'APPAREIL LOCOMOTEUR ET DE**

Please send your application, **in electronic format**, to the following address:  
Veuillez envoyer votre demande, **sous forme électronique**, à l'adresse suivante :



[robson@ucalgary.ca](mailto:robson@ucalgary.ca)

Subject: IMHA Research Development and Translation Initiative  
E. Robson, Administrative Officer / Stakeholder Relations  
Institute of Musculoskeletal Health and Arthritis  
The Canadian Institutes of Health Research  
Rm 451, HMRB, 3330 Hospital Drive NW  
Calgary, AB T2N 4N1

[robson@ucalgary.ca](mailto:robson@ucalgary.ca)

Objet : Initiatives de développement et d'application de la recherche de l'IALA  
E. Robson, agente administrative/relations avec les intervenants  
Institut de l'appareil locomoteur et de l'arthrite  
Instituts de recherche en santé du Canada  
Salle 451, HMRB, 3330, Hospital Drive NW  
Calgary (Alberta) T2N 4N1